

Bitte per Post, per Telefax  
oder per Mail zurücksenden.  
Fax: 0234/94200 99  
info@ergo-med-centrum.de

ERGO-MED Centrum für Betriebsmedizin GmbH  
Scharpenseelstraße 173-177  
44879 Bochum

### Betreuungsvereinbarung zur Vor-Ort-Betreuung

zwischen

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Name des Inhabers: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

und der ERGO-MED Centrum für Betriebsmedizin GmbH – Arbeitsmedizin  
und in Kooperation - Arbeitssicherheit

- 1-10 (+X) Mitarbeiter** Ich beschäftige zurzeit \_\_\_\_\_ Mitarbeiter, deren regelmäßige Arbeitszeit in der  
Summe 10 Vollzeitstellen nicht überschreitet.

11 € monatl. Betreuungspauschale

(jährliche Berechnung Anfang Februar für das laufende Jahr)

Besuch alle 5 Jahre durch Arbeitsmedizin **oder** Arbeitssicherheit

35 € jährlich (Berechnung erfolgt nach Begehung)

- ab 11 Mitarbeiter** Ich beschäftige zurzeit \_\_\_\_\_ Mitarbeiter.

11 € monatl. Betreuungspauschale

(jährliche Berechnung Anfang Februar für das laufende Jahr)

Besuch alle 3 Jahre durch Arbeitsmedizin **oder** Arbeitssicherheit

65 € jährlich (Berechnung erfolgt nach Begehung)

Die Preise verstehen sich zuzüglich der zum Zeitpunkt der Rechnungslegung geltenden Mehrwertsteuer.

#### Vertragsende/Kündigungsregelung:

Das Betreuungsverhältnis endet mit Übergabe der Apotheke an einen Rechtsnachfolger oder mit Schließung der Apotheke. Im Übrigen kann das Betreuungsverhältnis gekündigt werden mit einer Frist von 2 Monaten zum 30.06. oder zum 31.12. eines Kalenderjahres. Ungeachtet dessen kann der Vertragspartner innerhalb des Betreuungsverhältnisses die Betreuungsform wechseln.

- Einverständnis Datenverarbeitung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die ERGO-MED GmbH meine Daten speichert, sie mit der von mir gewählten Betreuungsform inkl. aller Änderungen an den Kooperationspartner meldet und die Daten an die BGW weiterleitet.

Meine Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Apotheker/in \_\_\_\_\_

Unterschrift ERGO-MED GmbH \_\_\_\_\_